

# O médico de família do futuro

## Três modelos de actuação, cinco atributos e cinco aptidões essenciais\* – parte II

LUÍS REBELO\*\*

### Resumo

*O autor tendo por base a definição de Leeuwenhorst de Clínico Geral e o conteúdo da proposta de redefinição do perfil profissional de Olesen e outros discorre, numa Parte I do artigo, sobre três modelos de actuação do médico de família para o Século XXI - o modelo clínico, o modelo de gestão e o modelo cívico.*

*Numa Parte II, igualmente, apresenta cinco atributos emergentes e cinco aptidões essenciais do profissional médico que ao nível dos cuidados de saúde primários o caracterizam e lhe perspectivam a acção.*

### Palavras-chave:

*Perfil Profissional, Médico de Família, Modelos de Actuação.*

### Atributos do Médico de Família do Futuro

Ao antever os atributos e aptidões essenciais do médico de família do futuro é possível conceptualizar, para si, três modelos de actuação – o modelo clínico, o modelo de gestão e o modelo cívico<sup>1</sup>.

E que dizer dos seus atributos e aptidões?

O médico de família é um profissional com atributos próprios. Nos últimos trinta anos vários Colégios Profissionais têm dado à estampa definições, perfis, listagens de capa-

cidade, recomendações curriculares, etc.

Em todas as descrições ressaltam três atributos essenciais do médico de família - o de ser um médico generalista, o de prestar cuidados a pessoas num contexto familiar e o de ter uma práxis em continuidade.

As actuais definições radicam historicamente no perfil profissional do «antigo médico da família» do Século passado. Era um médico que, no seu tempo, se caracterizava por duas qualidades notáveis – ser um médico pessoal e prestar todo o tipo de cuidados.

À noção de médico pessoal está inerente a da relação médico-paciente e também a da relação médico-família, ambas perpetuadas ao longo do tempo e dela decorre hoje o atributo da continuidade e o da abordagem familiar.

A antiga situação de um médico

trabalhar isoladamente e de demonstrar capacidade para dar resposta a todo o tipo de pedidos dos seus pacientes deu origem, no presente, à prática generalista ou, se quisermos, à prestação de cuidados compreensivos.

Por múltiplas razões, sabemos, como ao médico dos dias de hoje, se tornou difícil congregar estes três atributos. Contudo, não deixa de ser verdade que, mesmo assim, é o médico de família que reúne mais condições para os passar à prática.

Quando noutra conferência arisquei escrever sobre o «médico de família de 2001», previ que ele «vai ser uma resultante do que já é hoje, do que cada um de nós quiser e conseguir que mude até lá, a que se juntarão os factores exteriores que nos ultrapassam, mas condicionam»<sup>2</sup>.

Apontava igualmente que na passagem do século seria bom que este médico se afirmasse como – o provedor dos pacientes, o médico de confiança de todas as famílias, o generalista por excelência, o médico da prevenção e, por fim, o médico dos cidadãos idosos (Figura 1).

### Provedor dos Pacientes

O desenvolvimento desarmonioso dos Países e do Mundo, o mercado da Saúde claramente imperfeito, o alto nível de analfabetismo e de iliteracia, mesmo nos países do Velho Continente, o excesso de tecnologia na prática médica hospitalar, cada vez mais fragmentária e subespecializada, todos estes factores devem valorizar cada vez mais o papel do médico de família como provedor dos pacientes.

Será um papel tanto mais valorizado quanto melhor conseguirmos usar apropriadamente ou evitar o uso desnecessário da parafernália tecnológica e os princípios activos que multinacionais se encarregarão

<sup>1</sup>Texto adaptado da conferência proferida no I Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária. Rio de Janeiro, 24 a 27 de Outubro de 2000.

<sup>2</sup>Professor Auxiliar de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina de Lisboa. Médico de Família do Centro de Saúde de Alvalade.



FIGURA 1. Cinco atributos do MF do séc. XXI

de colocar à disposição do incauto cidadão.

Ser provedor é ainda contribuir para que a injusta «lei dos cuidados inversos» se aplique cada vez menos à população que temos a cargo, é praticar o acto da referência hospitalar garantindo aos pacientes, no tempo certo, uma resposta científica apropriada; ser provedor é mobilizar os recursos comunitários em benefício dos pacientes e, se necessário, ajudando a defender os seus direitos junto de terceiros.

**Médico de Família**

O foco de acção da medicina geral e familiar é a pessoa observada em contexto familiar.

A mútua influência entre o paciente e os elementos da sua família está cada vez mais comprovado na literatura no que concerne aos fenómenos de saúde/doença. É possível enumerar um conjunto de episódios traumáticos que, quando ocorrem no seio das famílias, têm efeitos profundos na saúde dos seus membros. É o caso da existência de cuidados

parentais inadequados ou inexistentes, de conflitos permanentes na família, mal ou não resolvidos, ou da ocorrência de divórcio e da sua influência nos filhos, ou de uma doença grave ou incapacitante num dos membros de uma família, ainda o luto recente, sobretudo na morte do cônjuge ou de filho, uma situação familiar de pobreza grave, de desemprego prolongado ou de necessidade de migrar<sup>3</sup>.

O «pensar o paciente em contexto familiar» não é exclusivo do médico de família, mas, o facto de estar apto a prestar cuidados a diferentes elementos da mesma família no decurso do seu ciclo vital individual e familiar, é que é único e que o pode tornar o médico de toda a família.

**Médico Generalista**

Stephens, um ilustre professor americano de Medicina Familiar escreveu que o médico de família é um dos poucos generalistas que «recebem pacientes não seleccionados pelas suas características demográficas, pela natureza dos seus proble-

mas clínicos ou pela preferência ou aptidão do médico. Ser generalista não é ter de saber tudo, mas sim, mostrar interesse clínico por qualquer pessoa que peça a sua atenção»<sup>4</sup>.

Para que um médico assuma o atributo de generalista deverá ter uma sólida formação biomédica, derivada de todas as disciplinas tradicionais cujos conteúdos usará mais ou menos de acordo com a prevalência das situações clínicas que encontrar na sua prática. Completará a sua formação na área das ciências humanas, sociologia, de tal modo que possa dar resposta à elevada percentagem de problemas psicossociais que lhe são presentes.

Estamos em presença de capacidades complexas e diferenciadas que, para serem adquiridas, exigem exposição precoce dos alunos de medicina a locais de estágio extra-hospitalares, formadores motivados e remunerados, currículos pré e pós-graduados apropriados e, por fim, um esquema de formação contínua de carácter obrigatório para os médicos.

Quem no futuro pode ser considerado um médico generalista? Tudo indica que, infelizmente, será o médico de família aquele que mais se aproximará do profissional com este atributo.

**Médico de Prevenção**

O médico do futuro vai ter que estar habilitado a aconselhar sobre problemas psicossociais, familiares, sexuais e muito sobre estilos de vida, em particular sobre todas as dependências.

O médico de família realizará rastreios oportunistas na sua consulta ou rastreios de base populacional de acordo com recomendações técnicas aprovadas por patologia, para o sexo e o grupo etário

em causa. Colaborará em actividades comunitárias de promoção e educação para a saúde.

A percentagem de mortes evitáveis é enorme. A sua redução depende sobretudo da adopção de estilos de vida saudáveis. O tabaco, a dieta, o exercício físico, o álcool, o comportamento sexual e o uso ilícito de drogas dependem muito da esfera íntima de cada um. Um médico de família acessível, respeitado e de confiança, que siga a pessoa e a família ao longo da vida e que assuma um paradigma salutogénico tem um formidável potencial de promotor de saúde.

### Médico de Idosos

Pelo menos na Europa os dados são inequívocos – o médico terá cada vez uma maior percentagem de pacientes idosos o que implicará ter de adquirir novas aptidões.

O envelhecimento tem inúmeras implicações na Saúde e na Medicina. Multipatologia, maior gravidade das mesmas, maior consumo de consultas, de medicação e de exames complementares. Mais incapacidades e dependências, altos custos financeiros, necessidade de respostas domiciliárias ou de hospitais de convalescença e de crónicos.

Exigência de maior humanização dos cuidados em geral, com referência especial à necessidade de cuidados paliativos e terminais.

O médico de família, e a equipa que com ele trabalha, tem que se (re)formar e adaptar à monótona situação da sua consulta diária ser uma consulta de idosos.

A polifarmácia, as quedas, a fratura do colo do fémur, as doenças da próstata, a depressão, as demências, o luto, os mau tratos e as dependências físicas, psíquicas e sociais vão ser a morbilidade prevalente da consulta.

### Aptidões do Médico de Família do Futuro

Três modelos de actuação e um perfil profissional com cinco atributos. Este médico existe? Os cidadãos preferem-no? As administrações pagam-lhe?

Vamos supor que as respostas são afirmativas e que se conjugam esforços e as estrelas o vão permitir.

Que aptidões essenciais terá este médico do futuro? Deve saber realizar triagem de pacientes, tem de adquirir novos saberes, ser um desenvolvedor utilizador informático, ser um perito no aconselhamento e, por fim, estar capacitado para integrar equipas de trabalho (Figura 2).

### Filtro – Triagem

A função de filtro/triagem do médico de família (no inglês, *gatekeeper*) depende da organização do sistema de saúde. Ao ser a porta de entrada e ao triar as situações clínicas que chegam às consultas ou a uma urgência hospitalar a sua acção tem um impacto enorme nos custos e na casuística das especialidades

hospitalares.

O médico de família ao realizar com tanta frequência a actividade Consulta treinou um raciocínio clínico, tal como Mc Whinney escreveu, de base binária – esta situação é urgente ou não urgente, esta doença reumática é de tipo inflamatório ou não, esta dor abdominal é funcional ou é orgânica, etc. Esta aptidão é da maior valia e deverá ser treinada nos futuros médicos de família.

### Novos Saberes

Hoje a prática da Medicina exige do médico novos saberes para além dos ensinados tradicionalmente nas Escolas Médicas.

A necessidade de compreender melhor a pessoa humana – na sua vida mental e de relação, valorizar os fenómenos de saúde e doença – sua distribuição e representatividade, carece que o médico adquira formação em disciplinas como a Psicologia, a Sociologia e a Epidemiologia Clínicas.

A assunção de responsabilidades como médico privado ou como gestor da coisa pública ou tão só como



FIGURA 2. Cinco aptidões do MF do séc. XXI

prestador de cuidados impõem que ele adquira alguma formação em matérias de Gestão e de Administração.

O desenvolvimento e aplicação da Ciência Médica num mundo carente de valores tem colocado dilemas éticos cuja relevância tornam muito oportuno a formação em Ética e Humanismo dos profissionais de saúde.

### Informática Médica

A aplicação do computador e da informática à prática clínica e à ciência médica tem assumido cada vez uma maior importância. Conhecimentos de informática são imprescindíveis para quem quiser praticar uma «medicina baseada na evidência».

*Softwares* clínicos já disponíveis possibilitam uma melhor gestão de uma lista de utentes, a tomada de decisões clínicas mais seguras, a prescrição farmacológica de maior qualidade, cuidados partilhados mais eficientes, diminuição do peso administrativo da consulta, etc.

A pesquisa bibliográfica, o ensino à distância, a telemedicina tornam-se possíveis dando maior satisfação ao médico. A sociedade de informação que está a substituir a sociedade industrial intervirá igualmente na Medicina.

### Aconselhamento

Vários estudos têm demonstrado que os pacientes quando vão ao médico querem prioritariamente «aconselhamento sobre o seu problema de saúde», «aconselhamento sobre temas de saúde»<sup>5</sup> e que apreciam muito «a forma como o médico o ouviu» e a «atenção dispensada»<sup>6</sup>.

Será necessária a aptidão de aconselhar sobre problemas psicossociais, familiares, sexuais e ainda sobre o álcool e as drogas.

Conselhos sobre nutrição, exercício físico e estilos de vida saudáveis serão bem recebidos. Alguns tipos de medicinas alternativas serão divulgados com o apoio de médicos de família.

Mais minutos para cada interacção médico-paciente e menos medicamentos serão pedidos ao médico.

A capacidade de comunicar com o paciente será essencial. De se fazer entender, de «escuta atenta», significando isto estar atento e responder à linguagem verbal e não verbal do paciente, compreendendo-o profundamente. Perceber, dar entrada e seguimento às deixas do paciente, quer sejam um sintoma, um sinal, uma frase ou um comportamento.

No fundo, o médico de família do futuro terá a formação suficiente para ser um psicoterapeuta ou, como diria Galperin, um «dialisador emocional», e assim actuar preventivamente junto dos indivíduos e das famílias.

### Trabalho em Equipa

Contrariando a tradição e a postura formativa de tipo individualista, ao médico de família ser-lhe-á pedido que cada vez mais trabalhe em equipa com outros colegas, outras profissões e com representantes de instituições e de utentes directa ou indirectamente ligados à saúde.

É necessário que o médico desça do seu pedestal, perca algum poder, redistribuindo-o pelos seus pacientes e parceiros.

Cinco aptidões para o médico de família do futuro.

É possível que o futuro seja diferente daquilo que podemos imaginar como projecção das tendências do passado. Como postulam os economistas, a projecção de qualquer variável é válida, com base na tendência do passado, desde que os demais

factores se mantenham constantes. A velocidade da evolução pode ser difícil de imaginar.

Apresentei um quadro referencial em que sobrelevam uma definição do profissional a qual se encontra em aperfeiçoamento, três modelos de actuação que não se excluem, antes se entrecruzam, cinco atributos que o caracterizam e lhe perspectivam a acção e, por fim, cinco aptidões que o diferenciam como médico e o justificam como actor em qualquer sistema de saúde. Tal como no passado, necessitamos de um astrolábio para não errarmos o caminho. Mas temos que saber o que queremos.

### Referências bibliográficas

1. Rebelo L. O médico do futuro. Três modelos de actuação, cinco atributos e cinco aptidões essenciais. *Rev Port Clin Geral* 2001; 17: 159 – 62.
2. Rebelo L. O Primado da clínica em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral* 1997; 14: 250-62.
3. Mc Whinney IR (editor). *A textbook of family medicine*. Oxford University Press. 1989.
3. Stephens GG. Reflections of a post-flexnerian physician. In : White KL. *The Task of Medicine. Dialogue at Wickenburg*. The Henry J. Kaiser Family Foundation. Menlo Park, California 1988; 172-89.
4. Like R, Zyzanski J. Patient request in family practice. A focal point for clinical negotiations. *Fam Practice* 1986; 3(4):216-28.
5. Ferreira PL. A voz dos doentes. Satisfação com a Medicina Geral e Familiar. *Questionário Europep*. DGS. 1999.

Recebido em 20/03/2001

Aceite para publicação em 10/04/2001

### Endereço para correspondência:

*Luís Rebelo*  
Av. da República 2 – 10ºB  
2685-232 Portela LRS  
Tel. 219 430 777

**THE FAMILY DOCTOR OF THE FUTURE**

*Three Action Models, five Attributes, and five Essential Skills*

**ABSTRACT**

*Based on the Leeuwenhorst definition of General Practitioners, as well as on the proposals of Olesen and others for re-defining the GP's professional profile, the author firstly discusses three action models for 21st century family doctors – a clinical, a management, and a civic model. In Part II, the author presents five emergent attributes and five essential skills which characterise and provide an activity framework for the primary care medical professional.*

**Key-words**

*Professional Profile; Family Doctor/Physician; Action Models.*